



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CAIO VITOR CARDOSO VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO DE UMA ILHA FLUVIAL**

ARACAJU

2019

CAIO VITOR CARDOSO VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO DE UMA ILHA FLUVIAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação em Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Msc. João Batista Cavalcante Filho

ARACAJU-SE

2019

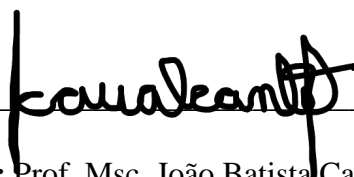
CAIO VITOR CARDOSO VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO DE UMA ILHA FLUVIAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação em Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Msc. João Batista Cavalcante Filho

Autor: Caio Vitor Cardoso Vasconcelos



Orientador: Prof. Msc. João Batista Cavalcante Filho

CAIO VITOR CARDOSO VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO DE UMA ILHA FLUVIAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação em Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Msc. João Batista Cavalcante Filho

Aprovado em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Ao meu companheiro de todas as horas Júlio Filho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu saúde e sabedoria para trilhar da melhor forma os caminhos que me foram colocados.

À minha queridíssima mãe, que batalhou toda a vida para me dar as condições possíveis para cumprir meus objetivos e esteve sempre presente, nos melhores e piores momentos.

À minha irmã, que sempre esteve ao meu lado e me ajudou sempre que precisei.

Aos meus professores e preceptores, que compartilham diariamente seus conhecimentos e proporcionam o engrandecimento acadêmico e profissional de todos os graduandos.

Ao meu orientador João, por toda a paciência e todos os conselhos dados, além de ser uma grande inspiração como profissional e mestre.

Aos meus companheiros, amigos e colegas, que me acompanharam e me apoiaram nessa difícil jornada.

“Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. Esta é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado. A diferença entre o inacabado que não se sabe como tal e o inacabado que histórica e socialmente alcançou a possibilidade de saber-se inacabado.”

Paulo Freire

LISTA DE TABELAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas portadores de hipertensão e moradoras da Ilha Mem de Sá, Itaporanga D'Ajuda-SE.

Tabela 2. Comorbidades, Controle de hipertensão e Adequação de acompanhamento das pessoas portadores de hipertensão e moradoras da Ilha Mem de Sá, Itaporanga D'Ajuda-SE.

Tabela 3. Variáveis relacionadas à dimensão geográfica da acessibilidade aos serviços de saúde.

Tabela 4. Variáveis relacionadas à dimensão sócio-organizacional da acessibilidade aos serviços de saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
AVE	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
DALY	DISABILITY-ADJUSTED LIFE YEAR
DAP	DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA
DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS
DCV	DOENÇAS CARDIOVASCULARES
DM	DIABETES MELLITUS
DRC	DOENÇA RENAL CRÔNICA
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
IAM	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
IC	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
MAPA	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL
MRPA	MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DE PRESSÃO ARTERIAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PA	PRESSÃO ARTERIAL
PAD	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA
PAS	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
PNM	POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS
PNS	PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 REVISÃO DE LITERATURA	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
2 NORMAS DE PUBLICAÇÃO	29
3 ARTIGO ORIGINAL	35
RESUMO	36
ABSTRACT	37
INTRODUÇÃO	38
MÉTODOS	39
RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
Características sociodemográficas	42
Presença de comorbidades, controle de hipertensão e adequação de acompanhamento na ESF	42
Acessibilidade geográfica	43
Acessibilidade sócio-organizacional	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	53

1 REVISÃO DE LITERATURA

O padrão mundial da carga de doenças vem mudando bruscamente nas últimas décadas, principalmente nos países pobres e em desenvolvimento. Apesar de esses países ainda enfrentarem seriamente as doenças infecciosas, a mortalidade materno-infantil e neonatal, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo (BEAGLEHOLE et al., 2008).

Uma das principais características da transição epidemiológica no mundo é o deslocamento da carga de morbimortalidade das doenças transmissíveis para as doenças não-transmissíveis e as causas externas (SCHRAMM et al., 2004). Esse processo tem uma correlação direta com a transição demográfica (CHAIMOWICZ, 1997). Enquanto os mais jovens são beneficiados pela redução das doenças transmissíveis, são mais submetidos a fatores de risco relacionados às doenças não-transmissíveis. Além disso, com o aumento da expectativa de vida e da população idosa, as doenças crônicas e não-transmissíveis tornam-se mais frequentes (CHAIMOWICZ, 1997).

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o modelo de transição ocorre num padrão diferente do experimentado pela maioria dos países industrializados (SCHRAMM et al., 2004). Apesar de também apresentar um grande aumento nos índices de morbidade e mortalidade relacionados às doenças não-transmissíveis, há uma interposição com a ainda alta prevalência das doenças infectocontagiosas, apontando para um modelo polarizado prolongado (FRENK et al., 1991).

Apesar de acometer de forma mais alarmante os países de média e baixa renda, que chegaram a representar 84% do índice de mortalidade por esse grupo de doenças em 2016, segundo a OMS (2018), as DCNT se tornaram uma preocupação para todo o planeta. Além disso, acometem não só homens e pessoas de idade mais avançada, mas também as pessoas mais jovens, crianças e mulheres (OMS, 2005).

Dentro desse grupo de patologias, destacam-se as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus, embora existam outros grupos de doenças crônicas importantes, conforme indica a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS, 2005). Constituem hoje o maior problema de saúde no mundo pelo alto grau de limitação e incapacidade causado. Ainda geram um alto índice de mortalidade prematura, uma grande perda na qualidade de vida de muitas pessoas, além de serem responsáveis por um grande impacto econômico a nível individual e na sociedade em geral (OMS, 2011).

A importância do combate às doenças crônicas não-transmissíveis se mostra nos dados da OMS (2018) referentes aos anos de 2000 e 2016. De 56 milhões de mortes por todas as causas em âmbito mundial, 40 milhões foram por doenças crônicas não-transmissíveis em 2016, equivalente a 71% de todas as mortes. Os mesmos dados mostram que as mortes por DCNT cresceram de 60% do total de causas em 2000 para 71% em 2016. Ainda, dados da mesma organização (OMS, 2018) projetam que em 2030 e 2060 teremos 52 e 69 milhões de mortes por DCNT respectivamente, que correspondem a 77% e 81% do total de mortes projetadas para esses anos.

No Brasil, considerado pela OMS como um país de média renda, não é diferente. As doenças crônicas não-transmissíveis vêm preocupando aos órgãos de saúde e foram responsáveis por 72% de todas as causas de morte no Brasil em 2007 (BRASIL, 2011). Já no ano de 2011, conforme mostra Malta et al (2014), foram 72,7% do total de óbitos, sendo as causas mais frequentes as doenças cardiovasculares (30,4%), seguida das neoplasias (16,4%), doenças respiratórias (6%) e a diabetes (5,3%). Esse cenário se contrasta com o de 1930, quando as doenças infecciosas foram responsáveis por 46% das mortes nas capitais brasileiras (SILVA JUNIOR, 2009), mostrando a rápida evolução das DCNT.

Um outro fator de extrema importância afeta tanto o Brasil, país com grande desigualdade social, como o mundo. As doenças crônicas não-transmissíveis, apesar de estarem em todos os níveis da sociedade, incidem de forma mais intensa os pertencentes a grupos vulneráveis, como idosos, pessoas com baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011). Essas pessoas são expostas a mais fatores de risco, além de terem menor acesso às informações e aos serviços da saúde, fatos que aumentam ainda mais a desigualdade social (MALTA et al, 2013).

Todo esse contexto levou a Organização das Nações Unidas (ONU) a realizar algumas Assembleias Gerais (ONU, 2010), que culminaram numa Reunião de Alto Nível com chefes de Estado de todo o mundo, em setembro de 2011, com o objetivo de discutir compromissos globais sobre o tema. Na declaração política resultada dessa Reunião, os países se comprometeram a combater e prevenir essas doenças, a partir de construção de políticas nacionais com esse fim, ações de redução aos principais fatores de risco, e ampliando a pesquisa e acompanhamento dessas doenças a nível mundial, sempre pensando no combate às desigualdades sociais (ONU, 2011).

A nível mundial e a nível nacional foram construídos durante esse processo Planos de Ações para a prevenção e controle das DCNT. Esses planos contém objetivos que dizem

respeito principalmente à redução do consumo de álcool, aumento da realização de atividades físicas, melhora da dieta da população (redução de sal e consumo de carboidratos), redução do uso de tabaco, redução da incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), e a distribuição gratuita de medicamentos essenciais para tratamento e prevenção de complicações relacionadas a essas doenças. O plano mundial (OMS, 2013) estabelece a meta de redução relativa de 25% na mortalidade prematura pelos 4 principais grupos de DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), enquanto o plano brasileiro (BRASIL, 2011) estabelece a meta de 2% ao ano.

Conforme já foi dito, as doenças cardiovasculares se sobressaem no número de mortes por doenças crônicas não-transmissíveis, tendo representado 30,4% do total de mortes no Brasil em 2011 (MALTA et al, 2014) e 31,4% no mundo em 2016 (OMS, 2018). Dentro desse grupo, destacam-se a doença cardíaca isquêmica, englobando principalmente o infarto agudo do miocárdio (IAM), que representa 16,6% de todas as mortes no mundo, e o acidente vascular encefálico (AVE), que representa 10,2% de todas as mortes em 2016 (OMS, 2018).

As doenças cardiovasculares compartilham com as outras principais DCNT fatores de risco muito importantes. Dentre eles o tabagismo, o sedentarismo, as dietas não-saudáveis e o uso excessivo de álcool (A GAZINO, GALEA, REDDY, 2007). Além de outros fatores, o aumento da Pressão Arterial (PA) é um dos principais relacionados às doenças cardiovasculares, principalmente para as doenças coronarianas, doenças cardíacas isquêmicas e o AVE (OMS, 2011).

Deve-se destacar ainda que, no ano de 2010, segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), houve 9,4 milhões de mortes atribuídas à hipertensão arterial sistêmica (HAS), o que corresponde a aproximadamente 17% do total de mortes naquele ano. Além disso, em 2010 a HAS teve relação com 7% de todo o impacto causado por doenças no mundo, medido pelo DALY (Disability-adjusted life year), que avalia os anos perdidos devido a morte, morbidade ou morte prematura causadas pelas doenças (LIM et al, 2012). Esses dados mostram que a hipertensão está entre os primeiros fatores que influenciam na grande “epidemia das doenças crônicas”.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg (MALACHIAS et al., 2016). Pode ser classificada em primária (essencial) ou secundária. Esta última, que acomete apenas 3-5% dos hipertensos, é mais comum em

peessoas mais jovens que não têm história familiar e normalmente tem causas conhecidas como afecções renais, endócrinas ou iatrogênicas (POULTER; PRABHAKARAN; CAULFIELD, 2015). A etiologia da HAS essencial é multifatorial, tendo fatores conhecidos como: herança genética familiar, alterações metabólicas, alta ingestão de sal, alta ingestão de álcool, sedentarismo, dentre outros fatores (MALACHIAS et al., 2016). Relaciona-se também com a idade, sendo muito mais prevalente em pessoas idosas (PICON et al., 2013).

Seu diagnóstico é feito através de aferição com esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos, validados e calibrados de acordo com as orientações do INMETRO. A PA deve ser verificada no braço, com manguito adequado para a circunferência. A medição pode ser feita ambulatorialmente, através de monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA) ou através de medição residencial de pressão arterial (MRPA). Para fins de Classificação, através da medição de PA casual ou no ambulatório, divide-se a HAS em: Estágio I quando a PAS está entre 140-159 e/ou PAD entre 90-99; Estágio II quando a PAS está entre 160-179 e/ou a PAD entre 100-109; e Estágio III quando a PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110 (MALACHIAS, et al., 2016).

Vale reforçar que a relação entre o aumento da pressão arterial e as doenças cardiovasculares como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC) e doença arterial periférica (DAP), é comprovada por diversos estudos (LEWINGTON; CLARKE; QIZILBASH, 2002; RAPSOMANIKI; TIMMIS; GEORGE et al., 2014). Além disso, a doença também apresenta relação com demência, doença renal crônica (DRC) fatal ou não fatal, cegueira e morte súbita, fatos que mais uma vez reforçam a importância do adequado diagnóstico, acompanhamento e tratamento da hipertensão (OMS, 2013).

A importância da doença se mostra também na epidemiologia. Um grande estudo estimou, através da análise de dados de vários artigos de diversos países e cálculos estatísticos, que no ano de 2000 havia no mundo 972 milhões de hipertensos (intervalo de confiança de 95%). Esse número corresponde a 26,4% da população adulta da época. Projetou ainda que no ano de 2025 a população hipertensa passaria a ser de 1.56 bilhões, um aumento de aproximadamente 60% (KEARNEY et al., 2005). Já na revisão sistemática de Mills et al. (2016), através de estudos com dados populacionais de 90 países do mundo, foi estimado que, no ano de 2010, 31,1% dos adultos do mundo eram hipertensos, o que corresponde a um número bruto de 1.39 bilhões e projeta uma prevalência maior que o estudo anterior para o ano de 2025.

Além da grande prevalência mundial, que por si só já nos coloca em alerta para a doença, e a tendência de crescimento até o ano de 2025, o número de hipertensos cresceu de 600 milhões no ano de 1980 para 1 bilhão em 2008 (OMS), acompanhando a tendência mundial de crescimento das DCNT e entrando como uma das principais comorbidades a causar preocupação aos órgãos de saúde. Mais uma vez, ressalta-se que há uma maior prevalência da doença nos países de média e baixa renda, apresentando aproximadamente 40% de prevalência de HAS em adultos, contra uma média de 35% nos países de alta renda (OMS, 2013).

O Brasil não escapa dessa tendência mundial. Apesar da variação entre os dados e suas respectivas metodologias, além do fato de que a maioria dos estudos têm sido através de inquérito com informações auto referidas pela população, o que pode subestimar o diagnóstico (FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014); a prevalência da doença tem destaque no país. Malta et al. (2018) analisaram os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 (BRASIL, 2014) e compararam a prevalência de HAS segundo três diferentes critérios diagnósticos: auto referida, medida por instrumento e medida por instrumento e/ou em uso de medicamento anti-hipertensivo. Os resultados mostraram, respectivamente, uma prevalência na população adulta de 21,4%; 22,8% e 32,3% (IC95%).

Segundo Picon et al. (2012), em uma revisão sistemática com meta-análise de dados de artigos entre 1980 e 2010, houve uma redução de 6% na prevalência de hipertensão no Brasil, nas últimas três décadas. Apesar disso, os mesmos dados mostram que essa prevalência ainda se mantém perto dos 30% no país. É importante ressaltar que a doença chega a acometer 60% dos idosos brasileiros e, com isso, contribui com 50% das mortes por DCV, de forma direta ou indireta (SCALA et al., 2015).

O manejo adequado da hipertensão está correlacionado com a redução efetiva dos riscos de insuficiência cardíaca (MOSER; HEBERT, 1996; YUSUF; THOM; ABBOTT, 1989), IAM, AVE (EZZATI et al., 2002) e até da doença renal crônica (TOTO, 2005). Por isso, salienta-se a importância da avaliação do controle e prevenção da comorbidade, com medidas de incremento em seus índices (PEREIRA et al, 2009). No que diz respeito ao controle da doença, mais uma vez estudos mostram uma grande disparidade entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Além disso, um artigo de revisão mostra, entre 2000 e 2010, um crescimento no controle da doença nos países ricos de 17,9% para 28,4%, contra uma redução de 8,4% para 7,7% nos países de média e baixa renda (MILL et al., 2016).

Ainda a respeito do controle da hipertensão, houve um incremento nos índices mundiais de 11,7% para 13,8% entre 2000 e 2010, sendo maior nas mulheres, com 13,4% e 16,7%, respectivamente (MILL et al., 2016). Já no Brasil, um estudo epidemiológico transversal feito entre 2008 e 2009 em 100 municípios brasileiros (PICCINI et al, 2012) mostrou um controle da doença em 57,6% dos pacientes. Uma revisão sistemática com estudos brasileiros de controle de hipertensão (PINHO; PIERIN, 2013) mostrou, apesar da grande variedade de métodos e parâmetros dos estudos, uma grande variação nas taxas de controle da doença e concluiu que, mesmo nos dados mais otimistas, uma média de 50% dos brasileiros hipertensos estão em risco de complicações da doença devido à falta do controle da PA.

Dentre os estudos brasileiros que utilizaram o parâmetro de controle como PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, a taxa de controle variou entre 10,1% em 2003 na cidade de Tubarão, que fica no estado de Santa Catarina (PEREIRA et al., 2007) e 52,4% entre 2004 e 2005 na cidade São José do Rio Preto, no estado de São Paulo (CIPULLO et al., 2010). Quando selecionada a amostra, um estudo em 5 regiões geográficas brasileiras com hipertensos de médio ou baixo risco cardiovascular, em uso de anti-hipertensivos, demonstrou uma taxa de controle foi de 61,7% (NOBRE; RIBEIRO; MION JUNIOR, 2010). Já um artigo com pacientes hipertensos portadores de diabetes mellitus do tipo 2, mostrou uma porcentagem de 61% dos pacientes com PA inadequada (PINTO et al, 2010).

Devido a sua alta prevalência mundial e sua predisposição a afecções fatais, a OMS (2014) definiu metas e objetivos para reduzir a carga da hipertensão no mundo. A meta estabelecida para o ano de 2025 foi a de redução relativa de 25% na prevalência ou de contenção da prevalência, conforme as circunstâncias nacionais. Dentre as intervenções levantadas estão as ações de redução dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença, como o alto consumo de álcool, o sedentarismo, a alta ingestão de sal e o sobrepeso/obesidade. Em adição a isso, devem ser desenvolvidas estratégias de captação proativa dos hipertensos, que geralmente são diagnosticados tardiamente por serem assintomáticos (OMS, 2013), através da busca, indiscutivelmente importante, pela equidade no acesso aos cuidados de saúde, especialmente no cuidado primário.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) também buscou ações de prevenção e controle da hipertensão. No ano de 2001, o ministério estabeleceu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus (BRASIL, 2001). A estratégia do plano foi, através da formação e instrumentalização continuada dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscar a captação ativa dos pacientes portadores dessas comorbidades, cadastrar

e vincular os portadores, além de garantir a eles adequado tratamento e acompanhamento, com um atendimento eficiente e resolutivo. O plano estabeleceu também ações coletivas informação, busca e diagnóstico das doenças, identificação e controle dos fatores de risco, além de promoção de hábitos de vidas saudáveis (BRASIL, 2002).

Anteriormente, no ano de 1998, o ministério havia lançado a Política Nacional de Medicamentos (PNM), passo importante para a efetiva implementação de ações capazes de promover melhorias às condições de saúde da população brasileira, sobretudo a população hipertensa, principalmente no que diz respeito à ampliação e democratização no acesso a medicamentos (BRASIL, 1998). O plano de reorganização avançou também nesse aspecto, instituindo através da portaria nº 371 de 2002 a oferta de maneira contínua de alguns medicamentos anti-hipertensivos, além do cadastro efetivo e nacional dos portadores da doença (BRASIL, 2002; BRASIL, 2001).

Vale ressaltar que o acesso a medicamentos é um dos indicadores de qualidade e resolubilidade do sistema de saúde (BARRETO et al., 2015). Apesar de o acesso a medicamentos básicos, incluindo os anti-hipertensivos, ser um dos princípios do SUS, alguns estudos mostram obstáculos no processo de obtenção gratuita das drogas (PANIZ et al., 2010). Estudos regionais mostram uma variação na taxa de aquisição dos medicamentos prescritos através da UBS ou de farmácia privada. Um estudo em Pernambuco mostrou que 69% dos hipertensos tinham todos os seus medicamentos fornecidos pela UBS (BARRETO et al., 2015), enquanto um estudo na Baixada Santista mostrou uma porcentagem de 42,6% dos pacientes que obtinham seus medicamentos gratuitamente (BERSUSA et al., 2010). Já um estudo em 7 estados de diferentes regiões do Brasil, mostrou que apenas 40,4% dos medicamentos anti-hipertensivos foram obtidos gratuitamente na UBS da área dos pacientes (PANIZ et al., 2010). A porcentagem de pacientes diagnosticados que estavam em uso de medicação variou entre 79,3% e 94,1%, com o esquecimento como o principal motivo do não uso (BERSUSA et al., 2010; BARRETO et al., 2015; MENGUE et al., 2016).

No entanto, é importante ressaltar que a base de todo o avanço no controle e prevenção de doenças crônicas como a hipertensão, além da redução da mortalidade causada por elas, está na implantação e ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil (ATUN et al., 2013). A ESF foi criada em 1994 e surgiu como forma de reorganizar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à atenção primária à saúde (APS). Tornou-se o maior programa de APS do mundo baseado na comunidade (ATUN et al., 2013) e, através das equipes de saúde da família, cada uma composta por um médico, um enfermeiro, um

auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, chegou a uma cobertura nacional de 53,4% no ano de 2013, segundo a PNS de 2013 (MALTA et al., 2016).

Além disso, as equipes de saúde da família, divididas por áreas geográficas e cobrindo populações adstritas, impulsionaram de forma intensa a criação do vínculo com a comunidade, o que favorece no cumprimento do cuidado longitudinal (BRASIL, 2000). O programa de saúde da família avançou também, a passos longos, no que diz respeito a outras doutrinas fundamentais do sistema único de saúde (BRASIL, 1990). Avançou na equidade, fazendo com que os serviços de saúde cheguem aos menos favorecidos, e na universalidade do acesso à saúde, ampliando e democratizando a assistência à saúde, com o acolhimento, o seguimento e a responsabilização com a saúde da população (MALTA et al., 2016).

O processo de reorganização dos serviços de saúde no Brasil, com a implantação do SUS e seu preceito de descentralização da gestão e regionalização da gestão do cuidado, foi muito importante na ampliação do acesso da população brasileira à saúde integral (BRASIL, 2001). Esse processo, entretanto, não se deu de forma homogênea no país, seja por características geográficas locais (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010), pelas diferentes dificuldades enfrentadas por cada município e as características das suas gestões (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2007), ou seja pela distribuição desigual de recursos e disponibilidade de serviços (SOUZA, 2001). Apesar do avanço, portanto, na utilização dos serviços de saúde, o acesso ainda necessita de avanço em alguns dos seus aspectos, principalmente relacionados a fatores da organização dos serviços (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

O fator de ampliação da acessibilidade e busca pela equidade se torna importante para nós considerando que, para conseguir a diminuição da morbimortalidade relacionada à HAS, através do seu controle e diagnóstico precoce, uma adequada acessibilidade aos serviços de saúde se torna imprescindível (MELO et al., 2015). Apesar de poucos estudos que mostram essas relações, não é difícil concluir que, se a população não tem acesso a consultas médicas, ou não tem acesso aos medicamentos necessários para o tratamento, dificilmente terá um adequado controle da doença, além da difícil captação e diagnóstico dos doentes (GUEDES et al., 2011; PIERIN et al., 2011).

Starfield (1998) coloca a acessibilidade como um elemento estrutural necessário da atenção primária, e conceitua-a como um aspecto estrutural da unidade de saúde que possibilita com que as pessoas cheguem ao serviço. Já ao termo acesso, a autora cita a conceituação de Millman (1993) como “o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores

resultados possível em saúde”. Ou seja, o “acesso” é a forma como a pessoa experimente a característica de acessibilidade de um determinado serviço de saúde. Acesso diz respeito então à utilização em si dos serviços de saúde, que envolve diversas variáveis, e ao grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços (DONABEDIAN, 1980).

Para Donabedian (1973), a acessibilidade vai além da disponibilidade dos recursos e da utilização dos serviços pelos usuários. Ela abrange os aspectos da oferta de serviços relacionados à capacidade de produzir serviços e assim atender às necessidades de saúde de uma determinada população. Em resumo, a acessibilidade traz as características dos serviços e recursos de saúde que geram um impacto na capacidade da população de utilizá-los, seja facilitando ou dificultando. Já para Andersen e Newman (1973), o acesso é um dos componentes do sistema de saúde ligado à parte organizacional dos serviços, referindo à entrada do usuário no serviço e à continuidade no acompanhamento. Nesse conceito, o acesso consegue explicar o padrão de utilização dos serviços pelos usuários, através dos fatores: predisponentes (que já existem e afetam a disposição do usuário ao uso do serviço); capacitantes (meios que tornam possível a obtenção de cuidado pelas pessoas); e as necessidades de saúde (condições de saúde da população em questão).

Andersen (1995) amplia o conceito de acesso e divide-o em “acesso potencial”, que engloba os fatores individuais que facilitam ou dificultam a capacidade de uso dos serviços de saúde, e “acesso realizado”, que representa a utilização de fato desses serviços, incluindo outros fatores como as necessidades de saúde, os fatores predisponentes dos usuários e o contexto geral. Para o autor, os fatores capacitantes do serviço são medidores da equidade, enquanto a presença de outros preditores de uso, como as necessidades de saúde e os fatores demográficos, denotam a iniquidade.

Como indica Travassos e Martins (2004) em um artigo de revisão, são encontrados na literatura diversos conceitos dados por autores a acesso, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, assim como o uso desses conceitos como sinônimos. Penchansky e Thomas (1981) convergem com Donabedian ao basear o conceito de acesso no grau de ajuste entre os usuários e o sistema de saúde. Entretanto, ampliam o conceito incluindo atributos baseados na relação entre a oferta e os clientes, que são: “disponibilidade”, ou seja, quantidade e tipo de serviços ofertados em relação às necessidades de saúde; “acessibilidade”, que é parte do acesso, caracterizada pela distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; “acolhimento”, que diz respeito à forma de organização dos serviços e a capacidade dos usuários de se adaptar a essa organização; “aceitabilidade”, que representa a reação dos pacientes e dos profissionais em

relação às características e práticas de cada um; e a “capacidade de compra”, que é definido pela forma de financiamento do serviço e a possibilidade de os usuários pagarem por ele.

A avaliação da acessibilidade e acesso aos serviços de saúde pode ser feita de várias formas, a partir do ponto de vista da população ou da própria unidade de saúde. No campo da avaliação com a opinião da população, podem ser feitas pesquisas sobre barreiras ao uso do serviço, pesquisas sobre a percepção da população em relação à disponibilidade, acessibilidade, comodidade, custos acessíveis e aceitabilidade. Já no campo da avaliação pelas próprias unidades, ela sugere perguntas sobre horários, tempo de espera para consulta e na recepção, disponibilidade de atendimento domiciliar, possibilidade de realização de exames, dentre outros (STARFIELD, 1998).

A acessibilidade aos serviços de saúde se tornou um dos marcadores de qualidade dos sistemas de saúde, portanto, sua avaliação é de extrema importância (REIS et al., 1990). Essa avaliação pode ser feita de duas formas: através da avaliação do acesso com as características da população ou da organização do serviço, da disponibilidade, distribuição; ou através da avaliação do acesso com indicadores de resultado da utilização do indivíduo ao sistema, estabelecendo um padrão de utilização e satisfação (ADAY; ANDERSEN, 1974). Diversas são as ferramentas para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, especialmente na atenção básica. Destaca-se no Brasil, desde a década de 90, a avaliação através de inquéritos de satisfação com os usuários (ZILS et al., 2009).

Ainda há a necessidade da padronização de ferramentas que avaliem a qualidade da assistência de saúde na atenção primária. Porém, algumas ferramentas vêm surgindo, como é o caso da PCATool-Brasil, e mostrando uma boa capacidade de avaliação no que diz respeito à qualidade assistencial da APS (MACINKO; ALMEIRA; OLIVEIRA, 2003). Alguns autores já vêm fazendo adaptações desta ferramenta citadas, com validação também na literatura, recortando a avaliação para alguns grupos de pacientes e usuários da atenção básica no Brasil. Villa e Ruffino-Netto (2009) por exemplo, adaptaram a ferramenta do PCATool-Brasil para a avaliação, com os usuários portadores de tuberculose, do desempenho do controle da patologia. Já Paes et al. (2014) adaptaram o instrumento para a avaliação da satisfação do usuário hipertenso com relação ao desempenho da APS, com bons resultados e fácil aplicabilidade no seu estudo de validação.

Donabedian (1973) distingue a acessibilidade em duas dimensões: “sócio organizacional”, que engloba características da oferta de serviços que podem ajudar ou

atrapalhar o acesso da população aos serviços de saúde, como tempo de espera para marcação de consulta e atendimento, facilidade na realização de exames, acesso a medicamentos, e a “geográfica”, que envolve características relacionadas à distância, ao tempo necessários para chegar ao serviço e a custos da viagem. A literatura mostra que ainda há muito o que avançar no acesso aos serviços de saúde, relacionando tanto com as características organizacionais quanto à disponibilidade geográfica (LIMA et al., 2007; (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Destaca-se, porém, a importância da dimensão geográfica como facilitadora do acesso (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; TEIXEIRA, 2002) assim como altamente limitante no processo de equidade no acesso à saúde e, consequentemente, dificultador no controle e prevenção de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica (FANG et al., 2014; VEUGELERS; YIP; BURGE, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A GAZIANO, Thomas; GALEA, Gauden; REDDY, K Srinath. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. **The Lancet**, [s.l.], v. 370, n. 9603, p.1939-1946, dez. 2007. Elsevier BV.

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, Chicago, v. 9, n. 3, p.208-220, 1974.

ANDERSEN, Ronald; NEWMAN, John F.. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health And Society**, [s.l.], v. 51, n. 1, p.95-124, 1973. JSTOR.

ANDERSEN, Ronald. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. **Journal Of Health And Social Behavior**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.1-10, mar. 1995. SAGE Publications.

ATUN, Rifat et al. Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. **The Lancet**, [s.l.], v. 381, n. 9867, p.690-697, fev. 2013. Elsevier BV.

BARRETO, Maria Nelly Sobreira de Carvalho et al. Analysis of access to hypertensive and diabetic drugs in the Family Health Strategy, State of Pernambuco, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.413-424, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

BEAGLEHOLE, Robert et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. **The Lancet**, [s.l.], v. 372, n. 9642, p.940-949, set. 2008. Elsevier BV.

BERSUSA, Ana Aparecida Sanches et al. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.513-522, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001. Estabelece as diretrizes para a reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta no anexo desta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 out. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 29 de janeiro de 2001. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional de assistência à saúde NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Milton Menezes da Costa Neto (Org.). A implantação da unidade de saúde da família. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, v. 1, p.15-18, jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 35, p.585-588, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF, 2011.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.184-200, abr. 1997. FapUNIFESP (SciELO).

CIPULLO, José Paulo et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 94, n. 4, p.519-526, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.725-737, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of medical care administration**: Specifying Requirements for Health Care. Boston: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, Avedis. **Explorations in quality assessment and monitoring**: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

EZZATI, Majid et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. **The Lancet**, [s.l.], v. 360, n. 9343, p.1347-1360, nov. 2002. Elsevier BV.

FANG, J. et al. Disparities in Access to Care Among US Adults With Self-Reported Hypertension. **American Journal Of Hypertension**, [s.l.], v. 27, n. 11, p.1377-1386, 21 maio 2014. Oxford University Press (OUP).

FERREIRA, Reginara Alves; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base

populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 4, p.815-826, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

FRENK, Julio et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 111, n. 6, p.485-496, 1991.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p.1038-1042, nov. 2011.

KEARNEY, Patricia M et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **The Lancet**, [s.l.], v. 365, n. 9455, p.217-223, jan. 2005. Elsevier BV.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N. et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **The Lancet**, [s.l.], v. 360, n. 9349, p.1903-1913, dez. 2002. Elsevier BV.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.12-17, mar. 2007. FapUNIFESP (SciELO).

LIM, Stephen S et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, [s.l.], v. 380, n. 9859, p.2224-2260, dez. 2012. Elsevier BV.

MACINKO, James; ALMEIRA, Célia Maria de; OLIVEIRA, Eliane dos S. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.243-256, 2003.

MALACHIAS, Marcos Vinícius Bolívar et al. Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 107, n. 3, p.1-1, 2016. GN1 Genesis Network.

MALACHIAS, Marcos Vinícius Bolívar et al. Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 107, n. 3, p.7-13, 2016. GN1 Genesis Network.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.327-338, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.599-608, dez. 2014. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742014000400002>.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1-15, 29 nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.151-164, mar. 2013. Instituto Evandro Chagas.

MELO, Erik Cristóvão Araújo de et al. Accessibility of users with hypertension in the family health strategy. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.124-131, 2015. GN1 Genesis Network.

MENGUE, Sotero Serrate et al. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO).

MILLMAN, Michael. **Access to Health care in America**. Washington: National Academy Press, 1993.

MILLS, Katherine T. et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control. **Circulation**, [s.l.], v. 134, n. 6, p.441-450, 9 ago. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

MOSER, Marvin; HEBERT, Patricia R.. Prevention of disease progression, left ventricular hypertrophy and congestive heart failure in hypertension treatment trials. **Journal Of The American College Of Cardiology**, [s.l.], v. 27, n. 5, p.1214-1218, abr. 1996. Elsevier BV.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Prevention and control of non-communicable disease. New York: Organização das Nações Unidas, 2010. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/noncommunicable_diseases_20100514/en/index.html. Acesso em: 30 de abril de 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Resolutions adopted by the sixty-sixth World Health Assembly. New York: Organização das Nações Unidas, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). A global brief of hypertension: Silent kill, global public health crisis. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2018. Disponível em:

<http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html>. Acesso em: 27 de abril de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Global Health Observatory Data Repository [online database]. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2008. Disponível em: <<https://www.who.int/gho/en/>>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Projections of mortality and causes of death, 2016-2060. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/>. Acesso em: 28 de abril de 2019.

PAES, Neir Antunes et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 36, n. 2, p.87-93, 2014.

PANIZ, Vera Maria Vieira et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 6, p.1163-1174, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

PEREIRA, Marta et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal Of Hypertension**, [s.l.], v. 27, n. 5, p.963-975, maio 2009. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

PEREIRA, Marcia Regina et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 10, p.2363-2374, out. 2007. FapUNIFESP (SciELO).

PICCINI, Roberto Xavier et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 46, n. 3, p.543-550, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO).

PICON, R. V. et al. Prevalence of Hypertension Among Elderly Persons in Urban Brazil: A Systematic Review With Meta-Analysis. **American Journal Of Hypertension**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.541-548, 29 jan. 2013. Oxford University Press (OUP).

PICON, Rafael V. et al. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. **Plos One**, [s.l.], v. 7, n. 10, p.1-10, 31 out. 2012. Public Library of Science (PLOS).

PIERIN, Angela Maria Geraldo et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, p.1389-1400, 2011.

PINHO, Natália de Alencar; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Hypertension Control in Brazilian Publications. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 101, n. 3, p.65-73, 2013. GN1 Genesis Network.

PINTO, Lana C. et al. Controle inadequado da pressão arterial em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 94, n. 5, p.651-655, maio 2010. FapUNIFESP (SciELO).

POULTER, Neil R; PRABHAKARAN, Dorairaj; CAULFIELD, Mark. Hypertension. **The Lancet**, [s.l.], v. 386, n. 9995, p.801-812, ago. 2015. Elsevier BV.

RAPSOMANIKI, Eleni; TIMMIS, Adam; GEORGE, Julie et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. **The Lancet**, London, v. 383, p.1899-1911, 2014.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.50-61, mar. 1990. FapUNIFESP (SciELO).

SCALA, Luiz César Nazário; MAGALHÃES, Lucélia Batista Neves Cunha; MACHADO, Carlos Alberto. Epidemiologia e prevenção primária da hipertensão arterial. In: MOREIRA, Maria da Consolação Vieira; MONTENEGRO, Sérgio Tavares; PAOLA, Angelo Amato V. de. **Livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2015. p. 780-785.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 9, n. 4, p.897-908, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, **Saúde Brasil 2008: 20 Anos de Sistema Único de Saúde (sus) no Brasil**. Brasília, p.281-310, 2009.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.451-455, 2001. FapUNIFESP (SciELO).

STARFIELD, Barbara. **Primary Care: balancing health needs, services, and technology**. New York: Oxford University Press, 1998. p. 207-365.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 18, n. , p.153-162, 2002. FapUNIFESP (SciELO).

TOTO, Robert D.. Treatment of Hypertension in Chronic Kidney Disease. **Seminars In Nephrology**, [s.l.], v. 25, n. 6, p.435-439, nov. 2005. Elsevier BV.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.190-198, 2004. FapUNIFESP (SciELO).

VEUGELERS, Paul J; YIP, Alexandra M; BURGE, Frederick. Inequalities in health and health services delivery: A multilevel study of primary care and hypertension control. **Chronic Diseases In Canada**, Ottawa, v. 25, n. 3/4, p.101-107, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.355-370, fev. 2007. FapUNIFESP (SciELO).

VILLA, Tereza Cristina Scatena; RUFFINO-NETTO, Antônio. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s.l.], v. 35, n. 6, p.610-612, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO).

YUSUF, S.; THOM, T.; ABBOTT, R. D. Changes in hypertension treatment and in congestive heart failure mortality in the United States. **Hypertension**, [s.l.], v. 13, n. 5, p.174-179, 1 maio 1989. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

ZILS, Aline do Amaral et al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 4, n. 16, p.270-276, 17 nov. 2009. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

2 NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Revista de APS – Atenção Primária à Saúde

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

A Revista de APS – Atenção Primária à Saúde – (impressa e *on-line*) é uma publicação científica trimestral do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e com a Rede de Educação Popular em Saúde. Tem por finalidades: sensibilizar profissionais e autoridades da área de saúde em APS; estimular e divulgar temas e pesquisas em APS; possibilitar o intercâmbio entre academia, serviço e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem interdisciplinar e servir como veículo de educação continuada e permanente no campo da Saúde Coletiva, tendo como eixo temático a APS.

1. A revista está estruturada nas seguintes seções: **Artigos Originais, Artigos de Revisão, Artigos de Atualização, Relato de Casos e Experiências, Entrevista, Tribuna, Atualização Bibliográfica, Serviços e Notícias.**

A seção “**Artigos Originais**” é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da APS. “*Artigos originais*” são trabalhos que desenvolvem críticas e criação sobre a ciência, tecnologia e arte das ciências da saúde, que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. (Devem ter até 25 páginas com o texto na seguinte estrutura: introdução; material ou casuística e métodos, resultados, discussão e conclusão).

A seção “**Artigos de Revisão**” é composta por artigos nas áreas de “*Gerência, Clínica e Educação em Saúde*”. Os “*artigos de revisão*” são trabalhos que apresentam sínteses atualizadas do conhecimento disponível sobre matérias das ciências da saúde, buscando esclarecer, organizar, normatizar e simplificar abordagens dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. Têm por objetivo resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em

revistas científicas. (Devem ter até 20 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Artigos de Atualização**” é composta por artigos que relatam informações atuais ou novas técnicas das áreas cobertas pela publicação. (Devem ter até 15 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Relato de Casos e Experiência**” é composta por artigos que relatam casos ou experiências, explorando um método ou problema através do exemplo. Os relatos de casos apresentam as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo e idade, podendo ser relativos a humanos ou a animais, ressaltando sua importância na atuação prática e mostrando caminhos, condutas e comportamentos para sua solução. (Devem ter até 8 páginas com a seguinte estrutura: introdução, desenvolvimento, conclusão).

As demais seções são de responsabilidade dos Editores para definição do tema e convidados: **Entrevista** - envolvendo atores da APS; **Tribuna** – debate sobre tema polêmico na APS, com opinião de especialistas (2 páginas); **Atualização bibliográfica** – composta de lançamentos de publicações, resenhas (1 página) e resumos de dissertações ou teses (2 páginas) de interesse na APS; **Serviços**- informações sobre eventos e endereços úteis; **Notícias** – informações sobre eventos ocorridos, portarias ministeriais, relatórios de grupos de trabalho e leis de interesse na APS.

2. A submissão dos trabalhos é realizada *on-line* no endereço: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>. O(s) autor(es) deve(m) se cadastrar usando *e-mail* válido, e devem responder de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo, assim, acompanhar o processo de avaliação. Os artigos devem ser elaborados utilizando-se o programa “Word for Windows”, versão 6.0 ou superior, em formato doc ou rtf, letra “Calibri” tamanho 12, espaço entre linhas um e meio, com o limite de páginas descrito entre parênteses em cada seção acima citada. Devem vir acompanhados de uma **Carta de apresentação de artigo para submissão** (anexada como documento suplementar) contendo nome dos autores, endereços de *e-mail* e, no caso do autor principal para correspondência, endereço postal e telefone. Nesta carta, deverá ser explicitada a **submissão exclusiva do manuscrito** à Revista de APS, bem como uma **declaração formal da contribuição de cada autor**. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, a contribuição dos autores deve contemplar, **pelo menos**, uma das seguintes condições: (1) contribui substancialmente para a concepção e planejamento, ou

análise e interpretação dos dados; (2) contribui significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) participa da aprovação da versão final do manuscrito. **Atenção:** baixe aqui o modelo de Carta de Apresentação de Artigo para Submissão.

Do trabalho que envolver pesquisa com seres humanos, será exigido que tenha obtido parecer favorável de um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, devendo o artigo conter a referência a esse consentimento, estando citado qual CEP o concedeu, e cabendo a responsabilidade pela veracidade dessa informação exclusivamente ao(s) autor(es) do artigo.

3. Os trabalhos devem obedecer à seguinte sequência de apresentação:

- a) Título em português e inglês; deve ser conciso e explicativo, representando o conteúdo do trabalho. Não deve conter abreviaturas
- b) A identificação dos autores, filiação institucional e contato devem ser digitadas no sistema. Todos os autores que constarem na Carta de Apresentação deverão ser incluídos durante a submissão do artigo. **O manuscrito (documento original) deve ser submetido sem autoria.**
- c) Resumo do trabalho em português, em que fiquem claros: a síntese dos propósitos, os métodos empregados e as principais conclusões do trabalho.
- d) Palavras-chave em português – mínimo de três (3) e máximo de cinco (5) palavras-chave, ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português **de acordo com o DeCS** – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL:< <http://decs.bvs.br/>>.
- e) *Abstract* – versão do resumo em inglês.
- f) *Keywords* – palavras-chave em inglês, **de acordo com DeCS**.
- g) O texto do artigo propriamente dito, de acordo com a estrutura recomendada para cada tipo de artigo, citados no item 1.
- h) Figuras (gráficos, desenhos, tabelas) devem ser enviadas no corpo do texto, no local exato de inserção definido pelos autores dos autores.
- i) Referências – devem estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos” conhecido como **Estilo de Vancouver**, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE, disponível em: <<http://www.icmje.org>>, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>> (inglês) e <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>> (português).

1. Com exceção de citações em língua estrangeira, **não são aceitas notas de rodapé**. Seus conteúdos devem ser inseridos no corpo do artigo. **IMPORTANTE**: se o texto submetido está em português, citações em língua estrangeira precisam ser traduzidas. O original fica em nota de rodapé. No texto, **SEMPRE** deve constar a citação em português.
2. Citações no texto – as citações de autores e textos no corpo do manuscrito devem ser **numéricas**, de acordo com ordem de citação, utilizando o estilo “Vancouver” ou “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos”.

Regras para entrada de autores – ver em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed&part=A32352>.

4. Os artigos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.
5. A revista aceita trabalhos em português, espanhol e inglês.
6. Há necessidade de os autores explicitarem eventuais conflitos de interesses que possam interferir nos resultados (em documento suplementar).
7. Em trabalhos que envolvam financiamentos, estes devem ser citados no final do artigo antes das referências.
8. **Avaliação por pares** – os artigos recebidos são protocolados pelo OJS (Open Journal systems) ficando na fila de submissões como em "Submissão". A Secretaria faz uma análise preliminar da submissão, verificando se todas as diretrizes foram cumpridas. Em caso afirmativo, a submissão é enviada ao Conselho Editorial, que avaliará a adesão do artigo ao escopo da revista, entre outros aspectos. Tendo a submissão passado pelas avaliações iniciais, a diretora-executiva faz a triagem, insere-se como editora e faz a solicitação de avaliação a dois avaliadores entre os editores associados e o Conselho Editorial, em conformidade com as áreas de atuação e especialização dos membros e o assunto tratado no artigo. Dessa forma o artigo passa a constar no sistema como em "Avaliação". Todos os artigos são submetidos à avaliação **de dois pareceristas**, em um processo duplo cego. Os pareceristas os analisam em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodologia; clareza das informações; citações e referências adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência em relação à linha

editorial da revista. Os avaliadores emitem seus pareceres no sistema, aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Nesses dois últimos casos, os artigos são devolvidos ao(s) autor(es) para os ajustes e reenvio; e aos pareceristas para novas avaliações. Em caso de recomendação de reformulação do artigo, o(s) autor(es) deverão fazer as modificações e enviar, junto ao artigo reformulado, uma carta ao parecerista informando, ponto por ponto, as modificações feitas (essa deverá ser anexada em documento suplementar no sistema). O resultado da avaliação é comunicado ao(s) autor(es) e os artigos aprovados ficarão disponíveis para publicação em ordem de protocolo. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação.

9. A submissão dos trabalhos é on-line no endereço:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/>. O(s) autor(es) deve(m) se cadastrar usando *e-mail* válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo também acompanhar o processo de avaliação. Após o cadastramento, deverá ser anexado o manuscrito seguindo as instruções contidas nesse mesmo endereço.

REVISTA DE APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ISSN: 1516-7704
(impressa)

Qualis B3 na CAPES

Indexada:

- ⇒ LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
 - <http://portal.revistas.bvs.br/main.php?home=true&=pt>
- ⇒ EBSCO Publishing - www.ebscohost.com
- ⇒ Cinahl Information System <http://www.cinahl.com/library/library.htm>
- ⇒ RAEM - Rede de Apoio à Educação Médica da Associação Brasileira de Educação Médica, Base de Dados EDUC. <http://educ.bvs.br/>
- ⇒ BDENF – Banco de Dados de Enfermagem <http://enfermagem.bvs.br/html/pt/home.html>
- ⇒ CUIDEN - <http://www.index-f.com/bibliometria/listado-rehic.php?pagina=7&criterio=>
- ⇒ LATINDEX - <http://www.latindex.unam.mx/larga.php?opcion=1&folio=9414>

Cadastrada na ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

REVISTA DE APS - ISSN: 1809-8363 (on line)

Disponível em:

⇒ BVS- MS: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/periodicos/outros.html#>

⇒ Site NATES/UFJF: www.nates.ufjf.br

Indexada:

⇒ LATINDEX http://www.latindex.org/pais.php?clave_pais=9&opcion=1

Endereço postal:
NATES/UFJF / Revista de APS - Atenção Primária à Saúde
Campus da UFJF - Bairro Martelos - Cep: 36.036-900
Juiz de Fora - M.G.

Telefone: (32) 2102-3830

FAX: (32) 2102-3832

E-mail: revista.aps@ufjf.edu.br

Site: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/>.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

3 ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da qualidade do acesso aos serviços de saúde em pessoas portadores de hipertensão de uma ilha fluvial

Evaluation of the quality of accessibility to health care services in people with hypertension on a river island

Caio Vitor Cardoso Vasconcelos¹, João Batista Cavalcante Filho¹

¹Universidade Federal de Sergipe

Palavras-chave: Acessibilidade aos serviços de saúde; Acesso aos cuidados de saúde; Saúde pública; Qualidade da Assistência à Saúde

Autores:

Caio Vitor Cardoso Vasconcelos

Universidade Federal de Sergipe

Endereço: Avenida Marieta Leita, nº 204, B. Grageru, Aracaju-SE, 49027190

Telefone: (79) 99100-2829

E-mail: caiovasconcelos6@gmail.com

Colaboração: participou da coleta de dados, da concepção do artigo, análise dos dados e redação do artigo.

João Batista Cavalcante Filho

Universidade Federal de Sergipe

Endereço: Av. José Vicente de Almeida, 150 - Aruana, Aracaju - SE, 49000-560

Telefone: (79) 99802-0505

E-mail: joaoaracaju27@hotmail.com

Colaboração: participou da concepção do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família é essencial no cuidado integral, especialmente das pessoas portadores de doenças crônicas como a hipertensão, e ampliou o acesso à saúde da população brasileira. O presente estudo objetivou avaliar a satisfação dos usuários hipertensos com o acesso aos serviços de atenção primária, com enfoque nas dimensões geográfica e sócio-organizacional. Foi realizado com 15 pessoas portadoras de hipertensão e moradoras de uma ilha fluvial em Sergipe. A coleta de dados se deu através de entrevista semiestruturada, dividida em duas partes: uma com a aplicação de um instrumento validado e adaptado para o mesmo objetivo aqui citado, e outra através de questionamentos abertos aos entrevistados. Os dados foram analisados através de medidas de tendência central e variância, além de análise temática dos discursos. Evidenciaram-se resultados regulares para a acessibilidade geográfica e sócio-organizacional, com apontamento de diversas barreiras ao acesso relacionadas, principalmente, às situações geográfica e econômicas dos indivíduos. A avaliação nos ajuda a refletir acerca da necessidade de ampliação do acesso à saúde, através de políticas públicas que reduzam a inequidade, além do investimento estrutural e da expansão da atenção básica, levando em consideração as características socioeconômicas e geográficas das comunidades a serem cobertas.

Palavras-chave: Acessibilidade aos serviços de saúde; Acesso aos cuidados de saúde; Saúde pública; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is essential in the proper health care, especially for people with chronic diseases such as hypertension, and expanded the access to health services for the Brazilian population. This study aimed to evaluate the satisfaction of hypertensive users with the access to primary health care services, focusing on the geographical and socio-organizational dimensions. It was carried with 15 people with hypertension and residents of a river island in Sergipe. Data were collected through semi-structured interviews, divided in two parts: one with the application of a validated instrument adapted for the same purpose mentioned here, and another through open questions to the interviewees. Data were analyzed through measures of central tendency and variance, as well as thematic analysis of the speeches. Regular results were evidenced for geographical and socio-organizational accessibility, pointing out several barriers related mainly to the geographical and economic situations of individuals. Evaluation help us to reflect on the need to expand access to health through public policies that reduce inequality, beyond structural investment and expansion of primary care, considering the socioeconomic and geographical characteristics of the communities to be covered.

Key-words: Health Services Accessibility; Public Health; Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) têm ganhado destaque na saúde pública a nível mundial devido a sua alta carga de mortalidade e morbidade, gerando um grande impacto econômico para os sistemas de saúde^{1,2}. Destaca-se o acometimento de forma mais alarmante em países de média e baixa renda, que foram responsáveis por 84% da mortalidade por esse grupo de doenças, além da população com idade mais avançada³. O grupo das doenças cardiovasculares se sobressaem, tendo chegado a 46,2% das mortes por DCNT em 2012⁴.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças crônicas mais prevalentes do mundo, afetando cerca de 30% dos brasileiros⁵. É, também, o principal fator relacionado às mortes por doenças cardiovasculares, sendo responsável por mais de metade delas⁶. Evidências mostram que o seu controle reduz consideravelmente os riscos de morte por um evento cardiovascular e do desenvolvimento de outras doenças altamente mórbidas, como a doença renal crônica^{7,8}.

Para atingir o controle da hipertensão, são necessárias medidas contínuas, com um tratamento baseado em mudanças de hábitos de vida e terapia medicamentosa⁹. Para isto, é fundamental um acompanhamento constante da pessoa doente, com avaliação frequente da pressão arterial e medidas para o controle. Para cumprir tal objetivo, é necessário avançar num aspecto que ainda é um grande desafio para sistema de saúde brasileiro, o acesso aos serviços de saúde¹⁰.

A reorganização do sistema de saúde brasileiro com ênfase na atenção primária à saúde (APS) e criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que fortaleceu princípios como longitudinalidade e a coordenação do cuidado, foi extremamente importante na ampliação do acesso aos serviços de saúde¹¹ e, conseqüentemente, na melhoria do controle de doenças crônicas como a HAS. Além disso, o Ministério da Saúde (MS) criou, no ano de 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus, com o objetivo de melhorar o vínculo das pessoas portadoras dessas doenças com a ESF, ampliando o acesso a tratamento e acompanhamento adequados¹².

Apesar de apresentar diversos conceitos na literatura, acesso ou acessibilidade aos serviços de saúde, aqui tidos como sinônimos, podem ser definidos como o grau de adequação

entre as características da oferta de serviços e as necessidades de saúde de uma determinada população¹³. Em resumo, diz respeito aos aspectos do sistema de saúde que facilitem ou dificultem o ingresso e acompanhamento dos usuários nos serviços de saúde. Esses aspectos podem ser de dimensão sócio-organizacional, que se refere especificamente aos aspectos estruturais do serviço, assim como à incapacidade de suprir demandas, obrigando os usuários a ter gastos com a assistência, ou de dimensão geográfica, trazendo questões relacionadas à distância e ao tempo entre a população e o estabelecimento de saúde¹³.

Por ter se tornado um marcador de qualidade do sistema de saúde, a avaliação do acesso aos serviços é de extrema importância¹⁴. Essa avaliação pode ser feita de várias formas, com destaque para o ponto de vista das próprias unidades, com aspectos sobre horários, tempo de espera para consulta, disponibilidade de atendimento domiciliar, possibilidade de realização de exames, e o ponto de vista dos usuários, com inquéritos sobre a percepção e satisfação dos mesmos com a acessibilidade, comodidade, disponibilidade de serviços¹⁵. Esta última ganhou destaque no Brasil a partir da década de 90¹⁶.

Neste sentido, reconhecendo a importância do acompanhamento adequado e longitudinal dos serviços de atenção primária à saúde à população hipertensa e considerando a escassez de estudos que avaliem a qualidade do acesso desta população a estes serviços, o presente estudo teve por objetivo avaliar o grau de satisfação com o acesso à rede de atenção básica, por parte dos indivíduos hipertensos moradores de uma ilha fluvial, no âmbito de um projeto de Extensão da Universidade Federal de Sergipe com foco em assistência e diagnóstico de saúde da comunidade.

MÉTODOS

O estudo foi realizado com usuários em tratamento para hipertensão cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Itaporanga D'Ajuda, no Estado de Sergipe, e residentes do povoado Ilha Mem de Sá, uma ilha fluvial à beira do Rio Vaza-Barris, nos meses de julho e agosto de 2019.

Considerando a subjetividade do processo de avaliação da qualidade no acesso aos serviços de saúde por meio de inquérito com a população e a importância da circunscrição do

tema no mundo das ideias, buscou-se uma adequação na abordagem metodológica, de forma a contemplar a avaliação do objeto de estudo de forma objetiva e quantificável, mas que também buscasse entender de forma aprofundada e subjetiva os fenômenos e seus significados individuais e coletivos. Optou-se por uma integração dialógica dos métodos quantitativo e qualitativo¹⁷.

Para tanto, elaborou-se um desenho de estudo em duas etapas. A primeira, de corte transversal e caráter descritivo, de avaliação da qualidade no acesso aos serviços de saúde pela população hipertensa através da aplicação de questionário. A segunda, de análise qualitativa de discurso através de entrevista semiestruturada.

Na primeira etapa, foi utilizado um questionário baseado no instrumento de avaliação da satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil¹⁸, adaptado de outro instrumento de avaliação da rede de atenção para a tuberculose¹⁹. Para confecção do questionário aplicado foram retiradas 16 variáveis do instrumento original que, após análise, foram agrupadas em duas dimensões: acessibilidade geográfica (07 variáveis) e acessibilidade sócio-organizacional (09 variáveis).

A acessibilidade geográfica englobou variáveis que abordavam desde o uso de transportes motorizados ao diagnóstico da HAS até a dificuldade de locomoção e uso do serviço mais próximo de casa. Já para a avaliação da acessibilidade sócio-organizacional, foram observadas variáveis relacionadas à organização do serviço de saúde, como tempo de espera para consulta, disponibilidade de profissionais todos os dias da semana, disponibilidade de medicamentos no serviço de saúde e relação da comunidade com os profissionais da equipe.

Os usuários responderam às perguntas do questionário estruturado inicial, por meio de entrevistas, seguindo uma escala de possibilidades de '*Likert*' (Nunca, Quase nunca, Às vezes, Quase sempre e Sempre), à qual foi atribuída valores de 1 a 5, conforme análise individual das variáveis. As variáveis foram analisadas individualmente por meio de medidas de tendência central (média e desvio padrão). Foi formado um índice composto (média geral) para cada dimensão da acessibilidade por meio da soma dos valores médios das respostas dos usuários às perguntas. As dimensões de acessibilidade foram classificadas em: satisfatórias (≥ 4), regulares (< 4 e ≥ 3), e insatisfatórias (< 3).

A segunda parte da coleta, de característica metodológica qualitativa, se deu através da técnica de entrevista semiestruturada, com perguntas pré-selecionadas e analisadas de forma a complementar a avaliação das dimensões de acessibilidade citadas e acrescer uma análise acerca dos gastos necessários para o acesso aos serviços primários de saúde e suas motivações. Quando utilizados trechos destas entrevistas, os usuários foram identificados com os caracteres de U1 à U15, no intuito de preservar a identidade dos participantes da pesquisa.

Todo o processo foi realizado com os participantes após atendimento ou em domicílio, não apresentando divergências entre as respostas nos locais de entrevista conforme consta na literatura¹⁸. Para garantir a fidelidade dos dados, as entrevistas foram gravadas e transcritas. Foi utilizada a técnica de Análise de Avaliação, que busca encontrar as bases das atitudes por trás das manifestações verbais²⁰.

Durante o processo de coletas, foram realizadas aferições da Pressão Arterial (PA) com equipamentos devidamente calibrados e revisados. Utilizou-se os critérios da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial²¹ para classificar o controle pressórico em 'inadequado' quando a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, ou 'adequado' nos casos contrários.

Juntamente com as entrevistas, foram realizadas perguntas relacionadas às características sociodemográficas dos participantes. Além disso, foi questionado sobre o número de consultas médicas no último ano, com aferição de PA, classificando assim o acompanhamento em 'inadequado' (< 3 consultas por ano) ou 'adequado' (≥ 3 consultas por ano), de acordo com os critérios do manual de cuidado da pessoa portadora de hipertensão arterial do MS²².

Com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram localizados 15 indivíduos hipertensos moradores da ilha, compondo o número total de entrevistados do estudo. Os dados foram tabulados, analisados e revisados com auxílio da planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2019, em frequência (n), percentil (%), média geral e desvio padrão.

Todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde continham informações sobre os objetivos do trabalho e o compromisso com a preservação da identidade dos participantes da pesquisa. A participação foi voluntária e

precedida da assinatura do TCLE. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, com o parecer nº 3.475.642.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sociodemográficas

Presentes na Tabela 1, os dados sociodemográficos mostram uma predominância de indivíduos com idade mais avançada, sendo mais da metade (53,3%) acima dos 60 anos de idade. Isso se deve ao fato, já difundido na literatura, de que a prevalência de hipertensão é maior com o avançar da idade, chegando ao dobro de acometimento nos idosos brasileiros²³. Os dados mostram também um discreto predomínio de hipertensos do sexo feminino, dado também concordantes com o que mostram outras pesquisas²⁴.

Os dados apresentam também um predomínio de analfabetos na amostra utilizada para o trabalho, totalizando 60% do total. Um estudo brasileiro com boa significância mostra maior prevalência de HAS em pessoas com o segundo grau incompleto²⁴. Além disso, 53,3% dos indivíduos participantes tinham renda familiar mensal menor ou igual a 1 salário mínimo, enquanto nenhuma tinha renda maior que 3 salários, refletindo as condições socioeconômicas gerais da população residente da Ilha Mem de Sá, onde a grande maioria depende de atividades informais para a sobrevivência, principalmente a pesca, além de aposentadoria ou programas de auxílio do governo.

Presença de comorbidades, controle de hipertensão e adequação de acompanhamento na ESF

Na Tabela 2 estão presentes os dados relativos ao controle da hipertensão, classificado em ‘adequado’ e ‘inadequado’ conforme critérios já citados, da presença ou não de comorbidades, além da adequação auto referida do acompanhamento pela ESF, através do número de consultas no último ano.

Um dado que chama atenção é o relacionado ao controle de hipertensão. Através de aferição da pressão arterial por um avaliador capacitado, com um aparelho adequado, notou-se que 80% dos participantes do estudo apresentavam PA elevada no momento da entrevista.

Apenas 3 participantes apresentavam controle adequado da hipertensão, mesmo que todos estivessem em tratamento medicamentoso no momento.

O índice de adequação de controle encontrado apresentou-se inferior aos encontrados em outros estudos brasileiros, apesar da variação de acordo com a região e o método utilizado pelo estudo. Um estudo em 100 municípios das 5 regiões encontrou uma taxa de controle de 56,7%, numa população entre 20 e 59 anos²⁵. Já um estudo em um município situado no interior de Pernambuco mostrou que, dentre os entrevistados, 68,7% apresentavam pressão arterial alterada²⁶.

É importante observar que dos indivíduos que apresentaram controle da pressão arterial adequado, todos eram alfabetizados. Deve-se ressaltar esse dado, apesar do número pequeno da amostra do estudo, principalmente por duas questões. A primeira é que há estudos no Brasil que evidenciam uma relação diretamente proporcional entre a taxa de controle da hipertensão e o grau de escolaridade dos indivíduos²⁴, mostrando que o dado segue uma tendência geral mostrada na literatura.

A segunda observação leva em conta que, apesar do grande número de descontrole da hipertensão na população estudada, 73,3% dos indivíduos apresentaram acompanhamento adequado da HAS e todos estavam em tratamento medicamentoso. Esse fato mostra a necessidade de novos estudos na população em questão sobre o controle da HAS, associando à qualidade da assistência recebida, além de outros fatores não abordados no estudo, como a presença de comorbidades, a má adesão medicamentosa, padrão de dieta e exercícios físicos, além de uma ampliação da amostra estudada.

Acessibilidade geográfica

Os resultados das variáveis relacionados à acessibilidade geográfica, calculados através da média geral e desvio padrão das respostas dos participantes para cada variável, assim como o índice composto formado por todas as variáveis, estão presentes na Tabela 3.

De acordo com a classificação citada na metodologia, já utilizada em estudo prévio²⁷, a dimensão da acessibilidade geográfica apresentou-se como “regular” considerando o índice composto, que obteve média de 3,07 (DP: 0,96). Destaca-se que o grupo apresentou resultados insatisfatórios em algumas das variáveis, conforme será discutido mais à frente.

Em conceitos gerais, o resultado dessa dimensão apresentou-se regular ou negativo na maioria das variáveis. Duas variáveis apresentaram resultado insatisfatório, uma relacionada à utilização de transportes motorizados para ir ao serviço no período de diagnóstico da HAS, e outra relacionada a visita domiciliar realizada pelos profissionais que acompanham os participantes.

A Ilha Mem de Sá, local onde foi realizado o estudo, é uma ilha fluvial situada no estuário do Rio Vaza Barris. Rodeado por uma extensa área de manguezal, o povoado se situa a uma distância de 23 quilômetros da sede município do Itaporanga D'Ajuda-SE, onde fica também o espaço físico da Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende a essa comunidade. O acesso à sede do município se dá através de uma rodovia estadual, após travessia fluvial²⁸.

É possível notar que, apesar de ser a única variável que se apresenta na classificação satisfatória, a pergunta “Quando começou a ter os sintomas de HAS, procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?” enseja análises. A principal delas é que, como política assistencial para a comunidade, o município passou a oferecer atendimento médico na ilha uma vez por mês, funcionando na escola local, conforme citam alguns usuários: *“Aqui na ilha é só uma vez por mês.”* (U4); *“Aqui na ilha, quando vem os médicos, a gente sempre olha [a pressão]. Uma vez por mês que ele vem.”* (U5).

Esse fator limita a avaliação da variável, visto que alguns dos entrevistados consideram o serviço mais próximo como a UBS que fica na cidade sede, enquanto outros consideram como sendo a assistência mensal na ilha. Além disso, observa-se que, mesmo com o alto índice da necessidade de uso de transporte motorizado ao diagnóstico, a maioria (60%) dos usuários não aponta dificuldade para locomoção: *“A gente já acostumou, cada um tem seu barco, tudo motorizado. Não dificulta não.”* (U1); *“Não [dificulta]. A gente pega nosso barquinho pro outro lado e pronto.”* (U7). Observa-se que, há um viés de acomodação, aceitação da situação corrente.

Entretanto, quando questionados se a situação geográfica dificulta o acesso aos serviços de saúde, 53% dos usuários apontam dificuldade: *“A dificuldade é o transporte daqui pro outro lado.”* (U8); *“Tem aquela dificuldade do barco, de esperar do outro lado.”* (U4); *“Tenho [dificuldade], é longe né? [Vou] De carro, de táxi.”* (U3). Essas falas mostram que, como coloca Unglert et al²⁹, há uma barreira geográfica de cunho natural na comunidade em

questão, que dificulta o fluxo para os serviços de saúde, piorando assim a acessibilidade geográfica, principalmente no período do diagnóstico da HAS.

A utilização de transportes motorizados, que recebeu índice insatisfatório ao diagnóstico, apresentou uma pequena melhora no acompanhamento atual. Essa melhora se deu porque muitos passaram a acompanhar com o profissional que visita a ilha mensalmente. Estudos que avaliaram a acessibilidade também apontaram a distância do serviço de saúde e a necessidade de uso de transporte como fatores dificultadores do acesso, apesar de nem sempre serem decisivos na escolha do serviço³⁰.

Os indivíduos que ainda fazem acompanhamento fora da ilha mostram também uma melhora, relacionada a políticas implementadas pelo município: *“Hoje nós não temos tanta dificuldade, porque nós temos uma ambulância para a comunidade que faz esse transporte.”* (U5); *“Antigamente tinha dificuldade porque, se você adoecia, pra levar no porto ia num carrinho de mão. Mas graças a Deus hoje nós temos um carrinho que conduz até o porto”* (U1). Reitera-se, portanto, a necessidade de adoção de políticas públicas relacionadas à dificuldade de locomoção para melhoria do aspecto geográfico da acessibilidade ao tratamento da hipertensão³¹.

Falas como *“Sinto satisfeita né, porque pelo menos todo mês elas vêm, traz a enfermeira, mede a pressão”* (U1) e *“Visto o que foi a ilha, muito dificultoso pra qualquer uma coisa, hoje tá muito superior.”* (U12) mostram que, apesar das diversas barreiras estruturais, organizacionais e de acesso, os usuários mostram uma satisfação com o que tem. Esse fenômeno é descrito na literatura como ‘Paradoxo da satisfação’ e pode estar relacionado a variáveis socioeconômicas e educativas dos entrevistados³².

A variável pior avaliada, com média de 1,20, relaciona-se à visita domiciliar pelos profissionais que acompanham os participantes. Dentre as análises possíveis, uma é explicitada pela fala *“Porque as vezes, se tiver chovendo, eles [os profissionais] não vêm. Por causa da travessia, tem muita gente que tem medo. E chovendo, pior, né.”* (U9), mais uma vez relacionada à barreira geográfica da travessia fluvial. Outra relaciona-se com a visão distorcida de que a visita domiciliar só é necessária em casos de incapacidade de locomoção do paciente, distanciando de um dos princípios da ESF que é a promoção de saúde através da compreensão

das determinantes sociais do processo saúde-doença³³, onde a visita domiciliar é instrumento para a abordagem familiar e comunitária, e para aquisição de competência cultural.

É importante salientar que uma das bases do avanço no acesso à saúde pela ESF está na descentralização do cuidado, facilitando o uso dos serviços ao colocar equipes próximas ao local de moradia³⁴. Os usuários mostram esse fator como uma barreira à acessibilidade: *“O que deixa [mais difícil] é o atendimento que aqui não tem. E o que tá merecendo é um posto de saúde aqui na ilha, pra a gente ser bem atendido e ficar bem informado das coisas.”* (U6); *“O que precisa é algo aqui dentro. Aqui tem que pegar dois transportes pra chegar na cidade, um marítimo e um terrestre.”* (U14).

Podemos refletir acerca do processo de territorialização da atenção primária à saúde. Este deve sempre levar em consideração os fatores geográficos que atuam como barreira à acessibilidade aos serviços de saúde. Há de se considerar, por exemplo, a possibilidade de um modelo de implantação das UBS cobrindo uma área menor, facilitando a acessibilidade geográfica ao incidir sobre a distância entre o serviço e os usuários³⁵ e assim, na necessidade de uso de transportes motorizados.

Acessibilidade sócio-organizacional

Os resultados das variáveis relacionados à acessibilidade sócio-organizacional, calculados através da média geral e desvio padrão das respostas dos participantes para cada variável, assim como o índice composto formado por todas as variáveis, estão presentes na Tabela 4. De maneira geral, através do índice composto, classificamos essa dimensão da acessibilidade em “regular” (≥ 3 e < 4), com uma média geral de 3,12 (DP:1,01).

Optou-se por dividir esta dimensão em dois aspectos. O primeiro seria o ‘acesso socioeconômico’, que relaciona as características estruturais do serviço, especificamente sua incapacidade de oferecer parte da assistência aos usuários, gerando a necessidade de gastos com saúde pelos mesmos. O segundo seria o ‘acesso organizacional’, que diz respeito especificamente aos aspectos estruturais, de organização e funcionamento, dos serviços, que interferem na sua relação com os usuários¹³

Analisando as variáveis relacionadas à aquisição de medicamentos e falta deles, constatamos resultados regulares. Porém, ao observarmos os discursos dos participantes,

notamos que a garantia deles se dá, principalmente, mediante gastos financeiros: *“Aí eu sou mais comprar pra não faltar, porque a pior coisa é quando você tá fazendo tratamento certinho e o remédio falta.”* (U1); *“Muito difícil. Algumas vezes tem lá no posto”, “Pra mim nunca faltou, porque eu compro”* (U2); *“Sempre falta. Já precisei [pagar]. E peguei até emprestado pra pagar os remédios.”* (U6).

É importante reconhecer que as condições socioeconômicas dos participantes e usuários é fator determinante na utilização do serviço público de saúde³⁶. Nesse caso, a população apresenta dificuldade na compra dos medicamentos, mas mantém a compra por falta de disponibilidade no serviço. Outros estudos mostram melhores resultados em relação à aquisição dos medicamentos nos postos de saúde, com melhor satisfação dos usuários^{37, 38}. Ressalta-se, assim, a importância da distribuição dos medicamentos pelas unidades básicas, dever do município assegurado na Política Nacional de Medicamentos³⁹.

Quanto à realização de exames, que obteve boa média nas respostas (3,80) e foi classificada como ‘regular’, quase todos os participantes referiram realizar os exames a custos de gastos financeiros: *“Eu não consigo fazer porque quando põe pelo SUS nunca sai. Aí tem que fazer pelo particular e se não tiver condições, não faz.”* (U14); *“Pelo posto é muito difícil. Porque hoje, pelo SUS, se torna mais difícil. O meu já tem mais de 4-5 meses de exames lá acumulado.”* (U12); *“Com muita dificuldade. Pelo SUS, com muita dificuldade.”* (U5).

A realização de alguns exames complementares é de extrema importância no acompanhamento da hipertensão, permitindo a identificação precoce de complicações da doença que não são tão bem manifestadas clinicamente. Mais uma vez, apesar dos resultados regulares, em consonância com outros estudos que mostram boas avaliações^{37,38}, os participantes esbarram na questão econômica e na demora para a realização dos exames necessários³⁶.

Outra variável analisada, já discutida na dimensão geográfica, é o deslocamento para a unidade de saúde. O gasto que demanda é considerado por outros estudos como uma variável do acesso econômico³⁰, e apresenta grande influência na dificuldade encontrada pelos entrevistados para ter o acesso à saúde garantido. Isso se dá pelas condições geográficas da ilha, que podem ser mensuradas pelo tempo e distância necessários para chegar ao serviço:

“Gasto. [...] pra botar gasolina pro carro. O barco eu boto gasolina, que o barco é meu mesmo.” (U7); *“Paga, os táxis, né. O barco meus filhos têm. Mas tem que pagar o taxi.”* (U3).

Quanto à dimensão organizacional, os resultados mostraram grande insatisfação dos usuários, tanto em relação à consulta de urgência em 24 horas (2,54), quanto no tempo de espera maior que 60 minutos para ser consultado (2,21). A maioria dos participantes relatou ter profissionais todos os dias na UBS para atendê-los (média de 4,20). Porém, isso ocorre apenas na unidade da cidade, enquanto na ilha há atendimento apenas mensalmente, esbarrando mais uma vez na questão geográfica e econômica para obter atendimento.

Os resultados mostram semelhança aos de outros estudos, onde os usuários referem o tempo de espera por consulta e as filas como grandes fatores de insatisfação^{31,36}. Relatam ainda, assim como em outros estudos^{30,40}, a necessidade de chegar muito cedo no serviço para receber atendimento: *“Pelo SUS tem aquela dificuldade de ter que chegar cedo, e a gente mostra dificuldade aqui pelo lugar.”* (U4); *“Perde o dia, tem que dormir lá. E se não for cedo, não consegue.”* (U14). Starfield¹⁵ recomenda que o período de espera não ultrapasse 30 minutos.

Em relação ao tempo para conseguir uma consulta, há uma variação na literatura conforme a forma de marcação nas unidades. Há estudo que mostra melhores resultados numa unidade que atende à demanda espontânea em relação àquela que atende à demanda programada³⁸, enquanto outro estudo evidencia problemas nesse método de marcação, pela formação de filas para o atendimento⁴¹.

Lima et al.³⁶ sugerem a abolição da distribuição de fichas pela manhã como solução para a chegada muito cedo na unidade, através de organização do processo de trabalho para agendamentos ao longo dos dias. Porém, apontam a limitação de que, nas experiências aplicadas, foram formadas ‘filas’ em outros horários do dia. Há de se refletir acerca do papel da atenção básica, que deve tanto oferecer atendimento para indivíduos que buscam o serviço por demanda espontânea, quanto desenvolver ações para o controle de doenças crônicas e atendimento de grupos populacionais específicos⁴².

Ao observarmos as variáveis da Tabela 4, notamos uma satisfação em relação às informações dadas pelos profissionais. Porém, há uma insatisfação relativa à disponibilidade para tirar dúvidas e quase 100% dos entrevistados relataram que nunca houve uma atividade

educativa sobre HAS na comunidade. Ressalta-se a importância da educação em saúde na APS para controle das doenças crônicas, dando autonomia aos pacientes e capacidade para o autocuidado¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde é de extrema importância no processo de ampliação da cobertura da atenção básica e na busca da equidade do Sistema Único de Saúde. Assim como a identificação das barreiras que dificultam o acesso à assistência adequada, especialmente em populações com limitações geográficas e socioeconômicas para o uso dos serviços. Essa importância se realça nas pessoas portadoras de doenças crônicas, que necessitam do cuidado longitudinal para o controle adequado da comorbidade.

Há de se considerar algumas limitações presentes nesse estudo, como alguns vieses metodológicos relacionados ao próprio processo de avaliação dos serviços de saúde. Um possível viés presente no estudo está relacionado ao sentimento de gratidão, que pode estar associado às melhorias no acesso aos serviços de saúde a uma população antes excluída por viver numa área de difícil acesso, e pela proposição do estudo estar no âmbito de um projeto de extensão que ampliou o acesso a consultas médicas aos usuários. Outra limitação foi o número pequeno de pessoas cadastradas como hipertensas nos registros da Ilha Mem de Sá, o que ensejaria busca ativa entre os moradores da ilha e a expansão do estudo para outras populações, no intuito de ampliar e aprofundar análises do acesso de populações distantes de regiões urbanas.

Ainda que os resultados do questionário de avaliação da satisfação dos usuários hipertensos com os serviços de saúde da rede de atenção primária tenham se mostrado regulares para as dimensões 'geográfica' e 'sócio-organizacional', podemos notar, através da integração dialógica com a metodologia qualitativa, diversos obstáculos apontados pelos indivíduos como dificultadores do uso dos serviços de saúde. Destaque àqueles relacionados à dimensão geográfica, em que as características naturais do local onde vivem os participantes exigem um maior esforço na tentativa de alcançar o acesso à assistência adequada. Os gastos econômicos também foram ressaltados como dificultadores, principalmente relacionados a

lacunas organizacionais como a má disponibilidade para realização de exames e aquisição de medicamentos, mas também à necessidade de uso de transportes motorizados, especificamente carro e barco, para acessar os serviços de assistência.

A avaliação do acesso nos ajuda a refletir sobre o modelo de expansão e territorialização da Estratégia Saúde da Família, que deve levar em consideração as barreiras geográficas e características das comunidades adstritas. Em cenários de escassez de recursos, é preciso explorar possibilidades de organização, trazer eficiência para os investimentos, e fazer valer legislações estruturantes do SUS e ESF (como destinação de recursos, cumprimento de carga horária), de forma a facilitar a acessibilidade geográfica através da redução da distância entre os usuários e o serviço. Uma revisão da territorialização atual pode ser considerada, a fim de fazer avançar o modelo assistencial.

É notória a deficiência estrutural que atinge o Sistema Único de Saúde, principalmente no que diz respeito a exames complementares, serviços especializados e hospitalares, alcançando também a atenção básica na disponibilidade de profissionais e na viabilização do cuidado integral. Essas deficiências, somadas à desigualdade social presente na nossa sociedade, contribuem ainda mais para o distanciamento do processo de equidade no acesso à saúde. As políticas necessárias para esse avanço devem incidir sobre a estrutura e organização do sistema, trazendo melhoria na qualidade da assistência à saúde e nas condições de vida da população.

Por fim, convém afirmar que a execução desta pesquisa proporcionou aos estudantes/participantes vivência na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e demonstrou o papel social da Universidade Federal de Sergipe junto à comunidade onde está inserida.

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas portadores de hipertensão e moradoras da Ilha Mem de Sá, Itaporanga D'Ajuda-SE.

Variáveis	N (15)	%
Idade		
20-29	0	0
30-39	0	0
40-49	2	13,3
50-59	5	33,3
> 60	8	53,3
Sexo		
Masculino	7	46,6
Feminino	8	53,3
Escolaridade		
Alfabetizado	6	40
Analfabeto	9	60
Renda familiar mensal		
Até 1 salário mínimo	8	53,3
2-3 salários mínimos	7	46,6
>3 salários mínimos	0	0

Tabela 2. Comorbidades, Controle de hipertensão e Adequação de acompanhamento das pessoas portadores de hipertensão e moradoras da Ilha Mem de Sá, Itaporanga D'Ajuda-SE.

Variáveis	N (15)	%
Controle da hipertensão		
Adequado	3	20
Inadequado	12	80
Acompanhamento em consultas		
≥ 3 consultas por ano	11	73,3
< 3 consultas por ano	3	20
Não soube referir	1	6,6
Presença de comorbidades (DM, dislipidemia, obesidade...)		
Sim	12	80
Não	3	20

Tabela 3. Variáveis relacionadas à dimensão geográfica da acessibilidade aos serviços de saúde.

Variável	Média	DP
1. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?	4,13	1,30
2. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?	3,33	1,88
3. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?	2,67	1,99
4. Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?	1,20	0,77
5. O(a) Sr.(a) faz o tratamento da HA no serviço de saúde mais próxima da sua casa?	3,87	1,19
6. O(a) Sr.(a) tem dificuldades para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado(a)?	3,21	1,76
7. Quando vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	3,07	1,79
Índice composto	3,07	0,96

Tabela 4. Variáveis relacionadas à dimensão sócio-organizacional da acessibilidade aos serviços de saúde.

Variável	Média	DP
1. Recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS?	3,00	1,46
2. Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento?	3,80	1,26
3. Se o(a) Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da HA, consegue uma consulta no prazo de 24hs na UBS de saúde que faz tratamento?	2,54	1,13
4. Quando o(a) Sr.(a) vai a UBS para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	2,21	1,05
5. O(A) Sr.(a) consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	3,80	1,15
6. O(A) Sr.(a) encontra um profissional na UBS para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?	4,20	1,26
7. Quando o(a) Sr.(a) apresenta alguma dúvida sobre o tratamento, consegue falar com o mesmo profissional que o(a) atende?	2,75	1,06
8. O(A) Sr.(a) se sente satisfeito(a) em relação às informações dadas pelos profissionais sobre o tratamento e acompanhamento da doença?	4,40	0,91
9. São realizadas na comunidade atividades educativas sobre HAS pelos profissionais da unidade de saúde?	1,33	0,72
Índice composto	3,12	1,01

REFERÊNCIAS

1. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*. Set 2008; 372(9642): 940-949.
2. Organização Mundial de Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
3. Organização Mundial de Saúde. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: WHO; 2018. [Acesso em 27 jan 2019].
Disponível em:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
4. Organização Mundial de Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.
5. Scala LCN, Magalhães LBNC; Machado CA. Epidemiologia e prevenção primária da hipertensão arterial. In: MOREIRA, Maria da Consolação Vieira; Montenegro ST, Paola AAV. Livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2.ed. Barueri: Manole; 2015. P. 780-785.
6. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. Dez 2012; 380(9859): 2224-2260.
7. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vender Hoorn S, Murray CJ, et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*. Nov 2002; 360(9343): 1347-1360.
8. Toto RD. Treatment of Hypertension in Chronic Kidney Disease. *Semin Nephrol*. Nov 2005; 25(6): 435-439.
9. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. Capítulo 5 - Decisão e Metas Terapêuticas. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 107(3): 25-29.
10. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública*. Abr 2010; 26(4): 725-737.

11. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. Fev 2007; 23(2): 355-370.
12. Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: Manual de Hipertensão e Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
13. Donabedian A. Aspects of medical care administration: Specifying Requirements for Health Care. Boston: Harvard University Press, 1973.
14. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad Saúde Pública*. Mar 1990; 6(1): 50-61.
15. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
16. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam e Com*. 17 nov 2009; 4(16): 270-276.
17. Deslandes SE, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Organizadores. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. P. 195-219.
18. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 36(2): 87-93.
19. VillaTCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(6): 610-612.
20. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
21. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. Capítulo 2 – Diagnóstico e Classificação. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 107(3): 7-13.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

23. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. Capítulo 1 – Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 107(3): 1-6.
24. Chor D, Ribeiro ALP, Carvalho MS, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA-Brasil Study. *Plos One.* 23 jun 2015; 10(6): 1-14.
25. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública.* Jun 2012; 46(3): 543-550.
26. Lyra R, Silva RS, Montenegro Junior RM, Matos MVC, César NJB, Fernandes VO, et al. High prevalence of arterial hypertension in a Brazilian Northeast population of low education and income level, and its association with obesity and metabolic syndrome. *Rev Assoc Med Bras.* Mar 2012; 58(2): 209-214.
27. Melo ECA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Paes NA. Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. *Re Bras Pesq Saúde.* 1 out 2013; 15(4): 37-47.
28. Limeira CMCR. Percepção da qualidade de vida dos moradores da ilha Mem de Sá, Itaporanga D'Ajuda/SE [monografia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba – UFPB; 2017.
29. Unglert CVS, Rosenberg CP, Junqueira CB et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Publ.* 1987; 21(5): 439-46.
30. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* Fev 2003; 19(1): 27-34.
31. Rêgo AS, Haddad MCFL, Salci MA, Radovanovic CAT. Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 22 out 2018; 39: 1-9.
32. Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011 Nov; 16 (11): 4315-4326.
33. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

34. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(supl): 153-162.
35. Silva Junior ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. Nov 2010; 10(supl 1): 49-60.
36. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. *Rev Bra Enferm*. Jun 1995; 48(2): 109-119.
37. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1): 12-17.
38. Melo ECA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Paes NA. Accessibility of users with hypertension in the family health strategy. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1): 124-131.
39. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciência & Saúde Coletiva*. Nov 2012; 17(11): 2903-2912.
40. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP da, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate*. Out 2014; 38(esp): 252-264.
41. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. Dez 2004; 20(6): 1487-1494.
42. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde*. 6a Ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI; 2003. P. 567-86.